



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

395023 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/20 4-Data de Autorização 19/10/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7954795 7-Data Validade da Senha 11/01/21

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 00202510373800000308 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SSSTP INVESTIMENTOS LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome IVO ANTONIO MACHOWSKI MILESKI 14-Telefone (11) 3088-9250 15-Nome do titular do plano RENATA MOURA MILESKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOELMA CRISTINA TAVARES 18-Número no CRO 12909 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06137201996 22-Nome do Contratado Executante JOELMA CRISTINA TAVARES 23-Número no CRO 12909 24-UF SC 25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-14 (I) 81000421-
 26-Nome do Profissional Executante JOELMA CRISTINA TAVARES 27-Número no CRO 12909 28-UF SC 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	22/10/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	22/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 347,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/20
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20
 53-Data, local e Cartão de Assinatura do Especialista em Implantodontia Dr. Henrique de O. Raposo
 Especialista em Implantodontia
 Clínica Buco-Maxilo-Facial
 CRO/SC 10175